

BSYBAC_5
Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Seksuell helse i sykepleien - snakk om det!

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12. mai 2021

x

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Vi er mer opplyste og kunnskapsrike enn før, og åpenheten og aksepten i dagens samfunn er større. Seksuell helse er en menneskerettighet og ses på som et grunnleggende behov. Likevel snakker sykepleiere lite om seksualitet i møte med pasienter.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvilke faktorer som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet i møte med pasienter, hvor sykdom eller behandling kan påvirke deres seksualitet.

Metode: Oppgaven bygger på en kvalitativ tilnærming, med innslag av kvantitativ data. Integrativ litteraturoversikt er brukt som metode for å analysere fire forskningsartikler. For å besvare oppgaven har vi tatt i bruk forskningsartiklenes resultater, relevant teori og egne refleksjoner.

Resultater: Studiene la frem både ytre og indre faktorer som kunne gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet med pasienter. Ytre faktorer er kunnskap, system, tid og kjønn. Fordommer, holdninger, ubehag og relasjon utgjør de indre faktorene.

Diskusjon: Sykepleiere har et personlig ansvar for å tilegne seg kunnskap. Sykepleiernes ledere har i oppgave å legge til rette for økt kunnskap hos sine ansatte. Yrkesutøverne kan være avhengige av at det finnes retningslinjer og rammer å forholde seg til. Sykepleiernes tidsramme er ofte smal, og det blir dermed liten tid til å snakke med pasienter om seksualitet. Noen bruker imidlertid mangel på tid kun som en unnskyldning for å unngå samtale om temaet. Slike dårlige holdninger, samt en følelse av ubehag, kan være til hinder for dialog om seksualitet. En dårlig relasjon mellom sykepleier og pasient legger ikke til rette for åpenhet og samtale. Fordommer mot eldres seksualitet viser seg å være utbredt. Noen sykepleiere synes det er lettere å snakke om seksualitet med menn og mener de ikke har ansvar for kvinners emosjonelle utfordringer på området.

Konklusjon: System og spesielt kunnskap, skiller seg ut blant faktorene identifisert i studienes funn. Kunnskap og system skaper grobunn for mange av de andre faktorene som påvirker sykepleieres åpenhet rundt seksualitet. Vi mener samfunn og helsevesen bør jobbe

Kandidatnummer: 6275 og 6204

sammen for å viske bort faktorene som hindrer sykepleiere i å snakke om seksualitet med pasienter.

Nøkkelord: tabu, faktor, kunnskap, grunnleggende behov, seksualitet, sykepleier, pasient.

FORORD

“Sexuality is one of the biggest parts of who we are”

- Carla Gugino

Vi vil gjerne benytte anledningen til å takke alle som har hjulpet oss gjennom bachelorperioden. Vi vil også takke veilederen vår som har bidratt med god hjelp, oppmuntret oss når det har vært behov for dette og motivert oss gjennom hele skriveprosessen.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING.....	2
1.3 HENSIKT.....	2
1.4 AVGRENSNING AV OPPGAVEN.....	2
1.5 BEGREPSAVKLARINGER.....	2
1.5.1 Tabu.....	2
1.5.2 PLISSIT-modellen.....	2
2.0 TEORI.....	4
2.1 HVA ER SEKSUALITET?.....	4
2.2 LOVVERK OG YRKESETISKE RETNINGSLINJER.....	5
2.3 SYKEPLEIERENS MØTE MED DET SEKSUELLE MENNESKET.....	5
2.4 SYKEPLEIE SOM KVINNEDOMINERT YRKE.....	7
2.5 KOMMUNIKASJON.....	7
2.6 HOLISTISK MENNESKESYN.....	8
2.7 DE ULIKE DIMENSJONENE.....	8
2.8 "SNAKK OM DET!".....	8
2.9 BETYDNINGEN AV GODE RELASJONER.....	9
2.10 SYKEPLEIETEORETIKER.....	10
2.11 TID OG PRIORITERING.....	10
3.0 METODE.....	11
3.1 VALG AV METODE.....	11
3.2 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	11
3.3 LITTERATURSØK.....	12
3.4 VALG AV DATABASE.....	12
3.5 VALG AV SØKEORD.....	13
3.6 VALG AV ARTIKLER.....	13
3.7 ANALYSE AV ARTIKLENE.....	14
4.0 RESULTAT.....	16
4.1 YTRE FAKTORER.....	16
4.1.1 Kunnskap.....	16
4.1.2 Systemet.....	17
4.1.3 Tid.....	18
4.1.4 Kjønn.....	18
4.2 INDRE FAKTORER.....	19
4.2.1 Fordommer.....	19
4.2.2 Holdninger.....	19
4.2.3 Ubehag.....	20
4.2.4 Relasjon.....	20
4.3 OPPSUMMERING AV RESULTATER.....	21
5.0 DISKUSJON.....	22
5.1 METODEDISKUSJON.....	22
5.1.1 Land og arena for studiene.....	22
5.1.2 Forskernes bakgrunn.....	22
5.1.3 Studienes deltakere.....	23
5.1.4 Kvalitativ metode som tilnærming.....	23
5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	24
5.1.6 Kildekritikk.....	24
5.2 RESULTATDISKUSJON.....	25

5.2.1 Ytre faktorer.....	25
5.2.1.1 Kunnskap	25
5.2.1.2 Systemet.....	26
5.2.1.3 Tid	27
5.2.1.4 Kjønn	28
5.2.2 Indre faktorer.....	29
5.2.2.1 Fordommer	29
5.2.2.2 Holdninger	30
5.2.2.3 Ubehag.....	31
5.2.2.4 Relasjon	31
5.3 KONKLUSJON.....	32
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	33
LITTERATURLISTE.....	34
VEDLEGG	
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	
Vedlegg 4	

1.0 INNLEDNING

Vi lever i 2021 og vi har aldri tidligere vært så opplyste og kunnskapsrike som vi er nå. Åpenheten og aksepten i dagens samfunn er større enn før. Nå til dags støter man på seksualitet overalt; både tv, internett og reklame forsyner folk med kropp, sex og porno. Forskning har vist at i løpet av et års tid, opplevde en av ti seksuell dysfunksjon (Graugaard, Pedersen & Frisch, 2012, s. 7). Hvorfor har det seg da slik at seksuell helse, i tilknytning til sykdom og behandling, ikke har fått en større plass i sykepleieutøvelsen? Og hva er det som gjør at sykepleiere velger bort en så viktig del av pasientens helse?

Hva hadde du følt dersom legen din henviste deg videre til psykolog, kun fordi du onanerte? Tro det eller ei, men slik var praksisen i over et århundre. Folk gikk rundt med en frykt for sinnssykdom eller åndssvakhet, som mulige følger av at de drev med onani (Almås & Benestad, 2017, s. 28). Disse forestillingene avkrefte av nåtidens forskning og seksuell helse ses nå på som en menneskerettighet (International Planned Parenthood Federation, 2008). Likevel kan fortidens ideer og forestillinger ha preget utviklingen av dagens syn på seksualitet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Til tross for at seksualitet er et søkeord i journalen, har vi selv erfart hvor ikke-eksisterende samtaler om seksualitet er i helsevesenet. Gjennom egne praksisperioder, på både medisinske og kirurgiske poster, har fravær av åpenhet rundt temaet vært gjennomgående. Vi har også opplevd at folk har hatt ulike oppfatninger av begrepet, og dermed har det ikke vært en felles forståelse for hvordan sykepleie tilknyttet seksuell helse skal utøves.

Det var først etter en forelesning om seksuell helse på campus at vi fikk øynene opp for hvor viktig dette temaet faktisk er. Her fikk vi vite hvor fraværende seksualitet som tema ofte var i sykepleieutøvelsen og hvilke konsekvenser dette kunne gi fra et pasientperspektiv. Det var etter denne ene intensive dagen med undervisning vi også forstod hvor liten rolle temaet faktisk har i den treårige utdanningen vår. Med dette bestemte vi oss for at tematikken skulle danne grunnlag for bacheloroppgaven.

Vi hadde en forforståelse om at mangel på åpenhet kunne skyldes at seksualitet ble sett på som tabu, samt at sykepleieren hadde mangel på kunnskap om temaet. Vi kan selv relatere til

at man begrenser sine innspill ved snakk om temaer vi ikke har kunnskap om. Vi kan derfor ikke se bort i fra at vår forforståelse kan ha preget oppgavens funn.

1.2 Problemstilling

Hvilke faktorer kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet i møte med pasienter, hvor sykdom eller behandling kan påvirke deres seksualitet?

1.3 Hensikt

Opgavens hensikt er å få økt kunnskap om hvilke faktorer som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet i møte med pasienter, hvor sykdom eller behandling kan påvirke deres seksualitet.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å ikke begrense oppgavens problemstilling til en bestemt sykehusavdeling eller behandlingsinstitusjon. Grunnen til dette er at vi mener en slik begrensning ville passet bedre dersom vi skulle belyst temaet fra et pasientperspektiv. Vi mener at arbeidsplass ikke har noe å si. Dette fordi hensikten med oppgaven er å undersøke faktorer som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere som gruppe å snakke med pasienter om seksualitet.

1.5 Begrepsavklaringer

1.5.1 Tabu

Tabu "...er et slags forbud, en forestilling om at en gjenstand, et begrep, en person eller en gruppe ikke må nevnes eller røres ved" (Fosshagen, 2017, 1. avsnitt).

1.5.2 PLISSIT-modellen (Gamnes, 2016, s. 400).

- P-nivået, *permission*, gir "tillatelse" til å være seksuell og snakke om seksualitet. Det er her helsepersonell signaliserer til pasienten at det er greit å snakke om seksualitet.
- LI-nivået, *limited information*, gir enkel og saklig informasjon om seksualitet. Det kan eksempelvis være informasjon om seksuelle bivirkninger av medisin eller behandling. Informasjonen kan gis både skriftlig og muntlig.
- SS-nivået, *specific suggestions*, åpner opp for at det kan stilles spørsmål om egen situasjon. Her kan pasientene få spesifikke råd eller forslag til løsninger av problemene sine.

- IT-nivået, *intensive therapy*, tar for seg problemene som krever spesialisert behandling og som ikke har blitt avhjulpet av de tre nivåene nevnt ovenfor. Slik spesialisert behandling kan eksempelvis være henvisning til seksualterapi, spesialist eller kirurgi.

2.0 TEORI

2.1 Hva er seksualitet?

Begrepet seksualitet har sine røtter i det latinske ordet, *sexus*, som betyr kjønn. Samleie, eller sex som brukes i dagligtale, er seksuell omgang hvor kjønnsorganer er involvert (Gamnes, 2016, s. 374). Seksualitet er et bredt og komplekst fenomen og betydningen av begrepet har variert opp gjennom årene. De ulike perspektivene på seksualitet har vært med på å påvirke hvordan helsepersonell og myndigheter oppfatter og håndterer seksualitet den dag i dag (Helland, 2015, s. 867). Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO, 2006a) er seksualitet et grunnleggende behov som angår alle mennesker, hele livet. Det er viktig å ha i mente at seksualitet nettopp er noe alle er født med, og at den innebærer flere dimensjoner enn kun den fysiologiske (Helland, 2015, s. 866). Seksualitet handler altså om mer enn bare sex og orgasme (Aars, 2021, s. 26).

WHO (2006a) forteller også at den kulturelle og sosiale konteksten vi mennesker lever i, vil kunne påvirke og forme seksualiteten vår. Det vil si at seksualiteten vår kan ha forskjellige uttrykk gjennom livet, hvor variasjoner i både fokus og erfaring kan oppleves (Helland, 2015, s. 862). Hvor stor rolle seksualitet spiller i en persons liv, er individuelt. Noen mener man ikke trenger seksualitet, mens andre hevder det er nødvendig for å ivareta god fysisk og psykisk helse og velvære (Gamnes, 2016, s. 374).

Seksuell helse er en menneskerett og et samspill av alt seksualitet måtte romme, og dermed ikke bare bortfall av sykdom og funksjonssvikt (WHO, 2006a). For å kunne opprettholde seksuell helse må man, ifølge WHO (2006a), kunne respektere, beskytte og oppfylle menneskers seksuelle rettigheter. Det sies at forutsetning for god helse er nærhet til andre mennesker, uansett livssituasjon (Gamnes, 2016, s. 375). Seksualitet er altså en stor del av menneskets identitet og liv, som kan gi både glede og økt livskvalitet, men også skape helseutfordringer (Aars, 2021, s. 26). I ethvert møte eller samtale mellom pasient og sykepleier, vil det være et møte mellom deres seksualiteter (Bay-Hansen, 2014). Som sykepleier er det viktig å ha kjennskap til nettopp dette, da seksuell helse er en menneskerett og sykepleiere plikter å yte helsehjelp (Helsepersonelloven, 2000, § 4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 2-1b; IPPF, 2008).

2.2 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

I sykepleieutøvelsen er det en rekke krav og forventninger fra samfunnet som er nedfelt i lovverk og forskrifter. I helsepersonelloven (1999, § 4) stilles det krav til helsepersonell om å yte forsvarlig helsehjelp. Faglig forsvarlighet krever kunnskap om hvordan sykdom påvirker pasienten, både med tanke på velvære, mestring, håp og livskvalitet (Flovik & Rokseth, 2015, s. 284). I de yrkesetiske retningslinjene understrekes det at sykepleiere som enkeltindivider og som gruppe, har ansvar for å holde seg faglig oppdatert innenfor sitt funksjonsområde og anvende denne kunnskapen i praksis (Norsk Sykepleierforbund 2016, punkt 1.4).

Arbeidsgivere har også et ansvar og må sørge for at de ansatte får nødvendig opplæring og videreutdanning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 8-1, § 8-2; Internkontrollforskriften for helse- og sosialtjenesten, 2002, § 4). I de yrkesetiske retningslinjene står det at “Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon” (NSF, 2016, punkt 1.5). Å prioritere seksuell helse i arbeidsfellesskapet, kan bidra til at det skapes et felles kunnskapsgrunnlag og et rom for trygghet til å snakke om seksualitet med pasienter (Eriksen, Gjessing & Sellevold, 2021, s. 20).

Det at de etiske reglene er nedfelt i regelverket, er med på å sette grenser for hva som er rett og galt. I møte med pasienters seksualitet, kan dette være til hjelp da både den personlige og yrkesmessige etikken kan bli utfordret. Det å opptre profesjonelt og forholde seg til retningslinjene, vil være avgjørende for å sikre god kommunikasjon i samtale om seksualitet (Gannes, 2016, s. 398).

2.3 Sykepleierens møte med det seksuelle mennesket

På begynnelsen av 1900-tallet var sykepleieres personlige og moralske egenskaper av stor betydning. Det ble sett på som udannet, umoralsk og ukristelig dersom sykepleieren hadde forholdt seg til seksualitet, spesielt med tanke på samfunnets syn på kvinner, sykepleiere og seksualitet. Dette kan forklare hvorfor sykepleie som profesjon ikke arbeidet med denne delen av naturvitenskapen og livet. Heller ikke på 80-tallet ble seksualitet prioritert, selv om det da i teorien var mulig å beskrive temaet (Sigaard, 2003, ss. 21-22).

I møte med pasienters seksualitet vil det være viktig å ha grunnleggende kunnskap om hvordan sykdom og behandling kan påvirke seksualfunksjonen. Dette kan hjelpe sykepleieren

til å føle seg trygg og kompetent i samtaler med pasienter om seksuelle problemer (Gamnes, 2016, s. 377). Ifølge Elsa Almås (2020) undervises det alt for lite om seksualitet i sykepleierutdannelsen. Manglende seksualundervisning i skolen kan bidra til å styrke forestillingen om at seksualitet er tabu, noe som igjen kan gjøre det ubehagelig for helsepersonell å snakke om seksualitet (Almås, 2020).

Om en sykepleier ikke er faglig rustet til å ta seg av et gitt problem, kan dette føre til at sykepleieren bevisst unngår å ta fatt på problemet. Omvendt kan sykepleieren ha tilstrekkelig med kunnskap, men ha for lite erfaring med å bruke denne kunnskapen. Dette kan i sin tur føre til formynderi (Sigaard, 2003, s. 51). Det er viktig å være seg bevisst maktbalansen som eksisterer mellom sykepleier og pasient til enhver tid. Sykepleieren sitter på makten i den forstand at vedkommende styrer samtalen, har mer faglig kunnskap om temaet, samt har kontroll over hvor mye tid som skal vies til dette (Helland, 2015, s. 876).

Seksualitet kan for mange være et veldig privat område, og det kan oppleves krenkende om grensene overskrides (Gamnes, 2016, s. 398). Gjennom omgivelsene rundt oss, utvikles holdningene våre og de kan igjen påvirkes av erfaringer vi gjør oss. Holdninger vil komme til uttrykk gjennom atferd. Negative holdninger kan påvirke atferden vår i form av at vi blir uinteresserte, motvillige og trekker oss unna (Bostad, Røyert & Paulsen, 2020). En handling bærer alltid med seg et holdningsuttrykk. Det er nettopp holdningen som uttrykker omsorg, som er det særegne ved omsorg. Det er ikke bare hva man gjør som har betydning, men også hvordan man gjør det og hvordan oppførselen er (Nortvedt, 2016, s. 58).

Man kan ikke bare lese seg til kunnskap om holdninger, kommunikasjon og etikk tilknyttet seksuelle problemer. For å kunne ivareta seg selv og pasienten på best mulig måte, er det nødvendig å være bevisst og kunne reflektere over egne og andres holdninger til seksualitet. Dette krever at egne verdier og holdninger blir utfordret. For helsepersonell med uavklarte eller problematiske forhold til egen seksualitet, kan bevisstgjøring gjennom problemprosesser være nødvendig. Gjennom slike prosesser integreres ny kunnskap i den eksisterende viten, hvilket kan gjøre at man blir mer komfortabel med seksualitet (Gamnes, 2016, s. 398). Denne bevissthetsgjøringen kan være med på å endre holdningene våre, samt bidra til en mer imøtekommende og fordomsfri tilnærming til pasientene (Bostad et al., 2020).

Fordommer oppstår som oftest når mennesker har forutinntatte holdninger eller mangler kunnskap om en sak (Bostad et al., 2020). Tabuer bestemt av samfunnet er også medvirkende til å skape eller prege menneskers fordommer. Innad i temaet seksualitet, hviler mange holdninger på fordommer i stedet for fakta. Analyse av holdninger og en dypere bearbeiding av egne fordommer, vil kunne være viktig for at sykepleieren arbeider faglig og profesjonelt med seksualitet (Sigaard, 2003, s. 77). Dette er med på å øke forståelsen og respekten for ulike oppfatninger om seksualitet, som igjen gir rom for fleksibilitet i forståelse av problemet (Gamnes, 2016, s. 398).

2.4 Sykepleie som kvinnedominert yrke

Det er ikke til å legge skjul på at sykepleieryrket er dominert av kvinner (Abrahamsen, 2020). Med Florence Nightingale som frontfigur, ble sykepleie betraktet som et kvinneyrke assosiert med moderlig og kvinnelig omsorg, varme og empati (Sigaard, 2003, s. 19). På tross av at yrket er kvinnedominert, ser det ut til at både kunnskapsgrunnlag, regelverk og praksis bygger på en norm som i stor grad er bygget av og for menn. Kvinnelige pasienters problemer, reaksjoner og perspektiv er ofte lite vektlagt i helsetjenesten. Det er et flertall av kvinner som gir uttrykk for at helsevesenet ikke tar dem på alvor. Derfor er det viktig at sykepleiere er bevisst på noen av forskjellene som eksisterer mellom kjønnene (Kristoffersen, 2016, ss. 41-42).

2.5 Kommunikasjon

Mange pasienter opplever det som vanskelig å ta opp spørsmål om seksualitet, til tross for at de ønsker å gjøre dette. For å oppnå god folkehelse, må den onde sirkelen hvor hverken sykepleier eller pasient tar opp seksualitet, brytes. I arbeidet for å bryte denne såkalte onde sirkelen, kan sykepleieren spille en sentral rolle. Dette da sykepleiere har mest pasientkontakt og utgjør den største gruppen helsepersonell innenfor helsevesenet. Hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas i helsetjenesten, kan være vanskelig å vite. Å sette av tid, lytte, føre samtale, informere og innhente informasjon, kan her være sentralt. Viser sykepleieren fryktløshet og tar steget mot samtalen om seksuell helse, kan terskelen bli lavere for at pasienten stiller helsepersonell spørsmål om seksualitet (Helland, 2015, ss. 871-872).

God kommunikasjon om seksuell helse, avhenger imidlertid av at sykepleieren har tilstrekkelig kompetanse i form av gode kommunikasjonsferdigheter (Helland, 2015, ss. 873-

874). PLISSIT-modellen kan i praksis være en hjelp for helsepersonell til å starte en samtale om seksuell helse med pasienter. Her er det avgjørende at fagpersonen ønsker å snakke om seksualitet, for at modellen skal kunne fungere (Sigaard, 2003, s. 84). Ifølge helsedepartementet skal helsepersonell med treårig utdanning kunne ivareta de to nederste trinnene, altså P- og LI-nivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26).

2.6 Holistisk menneskesyn

Holisme er et filosofisk perspektiv som tar utgangspunkt i at alt henger sammen med alt, og hver enkelt del kan ikke forstås uavhengig av hverandre. Dette innebærer å se alt et menneske kan romme, fra både fysikk og biologi, til egenskaper, sykdommer, problemer og skader som en samlet helhet. Holisme spiller en fundamental rolle i utøvelsen av sykepleie. Sykepleieren må kunne danne seg et helhetlig bilde av pasienten for å kunne hjelpe og forstå nettopp denne pasientens ressurser, behov og problemer. Det vil altså ikke være tilstrekkelig sykepleie, dersom sykepleieren ikke integrerer alle sider ved pasienten og vedkommendes situasjon (Kim, 2015, ss. 150-151).

2.7 De ulike dimensjonene

Seksualitet er et sammensatt fenomen og har røtter i både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle forhold (Gamnes, 2016, s. 375). Alle dimensjonene vil påvirkes, dersom det skjer noe med én av dem. Hva som fysisk skjer med kroppen i forbindelse med seksualitet, inngår i det fysiske aspektet. Det psykiske aspektet handler om følelser, tanker og fantasier, mens det sosiale aspektet tar for seg regler, normer, språk og kulturelle tradisjoner vi som mennesker er underlagt (Sigaard, 2003, s. 47).

2.8 “Snakk om det!”

I 2016 kom helse- og omsorgsdepartementet ut med en strategi for seksuell helse, “Snakk om det!”. Den handler om at det må snakkes mer om seksualitet, både generelt i befolkningen og i helsevesenet. Fokuset i strategien omhandler at seksualitet, i alle livsfaser, er en helsefremmende ressurs hvor livskvalitet og den enkeltes helse bedres når seksuell helse ivaretas. Målet med strategien er å sikre god seksuell helse hos befolkningen innen 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, ss. 7-8).

Dersom samtale om temaet seksualitet uteblir, hevder helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 25) at det blir enda vanskeligere å ta opp utfordringer på området når de oppstår. De legger derfor frem en rekke tiltak som skal være med på å bedre den seksuelle helsen generelt i befolkningen og den seksuelle kompetansen i helsevesenet. Her er det tiltak som for eksempel skal sikre at helsepersonell, via grunn- og etterutdanning, får tilstrekkelig med kunnskap om seksuell helse. Behovet for samtale om seksuell helse, med pasienter, brukere og pårørende, skal synliggjøres i helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal inkludere seksuell helse i behandlingsplaner og prosedyrer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 50).

De siste årene er det blitt gjort mye bra arbeid i samfunnet med mål om å bedre folks seksuelle helse. Man har fått et økt fokus på og forstått viktigheten av, åpenhet og mangfold, og ikke minst seksualitet som en nøkkel til livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 10).

2.9 Betydningen av gode relasjoner

Det mellommenneskelige kan kalles noe grunnleggende eller universelt; mennesker lever mellommenneskelige liv. I helse- og omsorgstjenesten kommer vi tett på andre mennesker, men akkurat hvor tett vi kommer, varierer fra situasjon til situasjon. Alle har nemlig personlige rom og grenser som legger til rette for relasjon. Åpenhet, kjennskap og tillit vil bidra til at denne grensen trekkes nærmere. Gode relasjoner vil dannes ved at rommet hver enkelt trekker rundt seg selv, respekteres. Ved å unngå å bryte hverandres personlige grenser, vil man kjenne seg ivaretatt istedenfor krenket (Alvsvåg, 2015, ss. 164-165).

I alle relasjoner hvor ønsket er å utvikle trygghet og godt samspill, må tillit være til stede. Tillit handler om å stole på hverandre (Vevatne, 2020, s. 44). Sykepleiere kan tape tillit ved å ikke verne pasienten mot uheldige hendelser eller feil. Slike uheldige hendelser eller feil kan eksempelvis være brudd på taushetsplikten (Molven, 2015, s. 345). Taushetsplikten på sykehus kan bli utfordret, da det ofte er flere pasienter til stede når pasientinformasjon formidles (Lillemoen, 2015, s. 333). Informasjon som helsepersonell får fra pasienter kan ofte være sensitiv, og det forventes at denne informasjonen ikke formidles til andre i større grad enn hva som er nødvendig for å kunne gi god behandling. En følge av slike uheldige hendelser, kan være at pasienten blir tilbakeholden med å meddele informasjon og oppsøke hjelp hos helsepersonell (Molven, 2015, s. 345).

2.10 Sykepleieteoretiker

I tilknytning til temaet seksualitet, er det av relevans å nevne sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee. Hun definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, hvor sykepleieren hjelper pasienten med å forebygge eller mestre, samt finne mening i erfaringer med lidelse og sykdom. Samtidig legger hun vekt på at helse er en tilstand som preges av fullkomment fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom (Travelbee, 2001, s. 27, 32).

Travelbee's menneske-til-menneske-forhold kan forklares som erfaringer og opplevelser delt av sykepleier og pasient, sammen. Disse kjennetegnes av at pasientens behov blir ivaretatt av sykepleieren, med sin kunnskap og personlige kompetanse (Travelbee, 2001, s. 41).

2.11 Tid og prioritering

Å prioritere handler om å velge noe fremfor noe annet. Prioriteringsdilemmaet i helsevesenet er i mange tilfeller knyttet til mangel på tid. Effektivisering og målstyring er et økende krav i helsetjenesten og medisinsk behandling blir i stor grad prioritert. I pasientomsorgen er tid en viktig verdi, da dette skaper rom for blant annet å lytte, trøste og avdekke synlige og kanskje mindre synlige behov. Mangel på tid og krav om effektivisering av pasientbehandlingen, kan ha alvorlige følger, hvor pasienter eksempelvis kan oppleve tjenesten som upersonlig. Et resultat av dette kan være at pasienter ikke tar opp behov de anser som viktig fordi det er tidkrevende. I tillegg ønsker de ikke å belaste leger eller sykepleiere med dette (Lillemoen, 2015, ss. 328-329). Både sykepleiere og leger etterlyser mer tid sammen med pasienter. I helsevesenet i dag brukes det for mye tid på dokumentasjon og papirarbeid, mens grunnleggende sykepleie nedprioriteres (Nortvedt, 2016, ss. 252-253).

3.0 METODE

Metode er et verktøy som sier oss noe om hvordan vi burde gå frem for å finne eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2018, s. 51). I metodekapittelet skal vi beskrive hvilken metode vi har valgt og deretter beskrive søkeprosessen mot å finne relevante forskningsartikler, samt hvordan vi har analysert disse.

3.1 Valg av metode

Oppgaven vår bygger på Febe Fribergs (2017, s. 143) integrative litteraturoversikt. Litteraturoversikt gjør at vi ikke er avhengige av å velge kvalitative eller kvantitative data. Vi innhentet forskningsstudier fra vitenskapelige databaser, analyserte og sammenliknet dem, vurderte deres kvalitet og satt dem sammen til en ny helhet.

Gjennom en kvalitativ metode kommer personers opplevelser og ytringer frem, såkalte “myke” data (Dalland, 2018, ss. 52-53). Når fokuset er rettet mot sykepleieres opplevelser og meninger, kan vi som lesere få et innblikk i deres egne perspektiver. Dette kjennetegner en fenomenologisk undersøkelse (Dalland, 2018, s. 45). I motsetning til kvalitativ metode, kjennetegnes den kvantitative metoden av målbare data i form av tall (Dalland, 2018, s. 52).

For å få svar på problemstillingen vår om hvilke faktorer som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet i møte med pasienter, tok vi utgangspunkt i en kvalitativ tilnærming som metode. Samtidig så vi det som betydningsfullt å ha med noe kvantitativ data. En slik samling av både kvalitative og kvantitative data, kalles “mixed methods”. Et hovedargument for å mikse metodene, er at dette kan bidra til en dypere og bedre forståelse av forskningsobjektet. Dette kan i sin tur styrke tilliten til konklusjonene som dras (Andersen, 2017).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi tok i bruk en rekke inklusjons- og eksklusjonskriterier i prosessen mot å finne forskningsartikler relevante for vår problemstilling (Östlundh, 2017, s. 77). Et inklusjonskriterie vi tok i bruk, var at artiklene skulle være fagfellevurdert, altså det vi kan kalle en vitenskapelig artikkel. Ifølge Olav Dalland (2018, s. 162), er dette med på å øke sannsynligheten for at informasjonen vi fant er troverdig og etterprøvable.

Inklusjonskriteriet om geografisk tilknytning, preger også artiklene vi valgte ut. Ved å finne fagstoff med europeisk opprinnelse, økes sannsynligheten for at resultatene som avdekkes er til å sammenlikne med norske forhold. Vi tok en beslutning om å ikke ha med språk som et inklusjonskriterie direkte i søket. Et så snevert søketreff kunne bidratt til at vi gikk glipp av relevante forskningsartikler, som kanskje ville belyst problemstillingen vår.

Da det ikke ville være hensiktsmessig å ta med artikler eldre enn ti år, brukte vi dette som et eksklusjonskriterie i søkeprosessen. Forskning og vitenskap er begge dynamiske fenomener, hvilket betyr at de hele tiden endrer seg. Ifølge Linda Östlundh (2017, s. 77), er det nødvendig å eliminere ut de eldste studiene for å få utarbeidet en troverdig oppgave.

3.3 Litteratursøk

Oppgaven vår tar utgangspunkt i vitenskapelige artikler. For å øke forståelsen og skape grunnlag for videre drøfting, har vi også måttet ta med relevant og aktuell litteratur. For å finne slik faglitteratur brukte vi biblioteket og bøker vi har fra tidligere emner på studiet. Vi brukte søkemotoren "Oria", via biblioteket sine nettsider. Her fikk vi en enkel oversikt over hva som fantes på biblioteket, samt korte sammendrag av ulike bøker. Dette gjorde det lettere å vite hvilken litteratur som kunne supplere oppgaven vår på en faglig god måte.

3.4 Valg av database

For å skaffe relevante empiriske artikler, ønsket vi å bruke databaser som inneholdt aktuell forskning for problemstillingen vår. Via bibliotekets nettside, var det lett å finne relevante databaser som var rettet mot sykepleiefaget. Svemed+, British nursing index, Cinahl, Idunn og Medline, var blant databasene vi fant. Vi brukte relevante søkeord og søkestrategier på flere av databasene og fant ut at de fleste hadde få aktuelle empiriske studier som passet til oppgavens hensikt.

Gjennom vår tid på studiet har vi hatt god erfaring med Cinahl. Dette gjorde valget om å bruke denne databasen i oppgaven enkelt. Cinahl inneholder mange gode fagfelleverderte artikler rettet mot sykepleiefaget og har et bredt spekter av studier. Her fant vi studiene vi ønsket å ta med i oppgaven vår. Det som gikk igjen i disse empiriske studiene, var at de inneholdt både kvalitative og kvantitative data fra et sykepleier- og pasientperspektiv.

3.5 Valg av søkeord

Det første ordet vi ønsket å få treff på, var “sexuality”. Dette da seksualitet er hovedtema i oppgaven vår. Vi fikk 13 662 treff etter å kun ha søkt med “sexuality”. Dette kan skyldes at seksualitet er noe som angår alle. Deretter søkte vi etter “taboo”, for så å søke etter “nurs*”. Ved å sette en stjerne bak ordet, la vi til rette for at treffene vi fikk av søket, inneholdt alle endelser av ordet. Denne funksjonen kalles trunkering (Östlundh, 2017, s. 71). Treffene etter søk med “taboo” og “nurs*”, var henholdsvis 434 og 123 648. Antall treff etter søk med søkeordene hver for seg, var for mange til at vi kunne bla gjennom dem i håp om å finne faglig gode artikler. For å snevre inn søket markerte vi boksene i tilknytning til hvert enkelt ord, og brukte funksjonen “AND”. På denne måten ville treffene av søket inneholde alle valgte søkeord. Antall treff ble redusert til 16, hvilket er en sum med artikler det er overkommelig å lete i. De tre artiklene med sykepleieperspektiv fant vi blant disse 16 treffene.

Selv om oppgaven vår skulle ha sykepleieperspektiv som hovedfokus, ønsket vi å supplere med pasienterfaringer. For å finne artikler med pasientperspektiv markerte vi boksene foran “sexuality” og “taboo”, og kombinerte disse med et nytt søkeord; “patient”. Etter å ha samlet disse med funksjonen “AND”, fikk vi 29 treff. Slik fant vi den fjerde, og siste, artikkelen til oppgaven vår.

3.6 Valg av artikler

Vi var ute etter å finne vitenskapelige artikler som kunne belyse problemstillingen vår og som hadde et sykepleieperspektiv. Vi baserte artiklenes relevans først og fremst på overskriftene deres. Da vi deretter leste sammendragene kunne vi sortere ut de artiklene som viste seg å ikke være relevante likevel. For å sikre at artiklene vi fant var vitenskapelige, så vi også på deres oppbygging. For at en artikkel skal være vitenskapelig, stilles det bestemte krav om innhold. IMRAD-strukturen er en av de mest brukte normene når det kommer til oppbygging og struktur i vitenskapelige artikler. Forkortelsen står for innledning, materiale og metode, resultater og diskusjon (Dalland, 2018, s. 163). Vi så også på hvilken type vitenskapelige artikler vi hadde funnet. I henhold til Universitetet i Stavanger sitt reglement skal artiklene vi tar med i bacheloroppgaven være originalartikler. Det vil si at det skal være forskningsartikler som presenteres for første gang. På grunnlag av kunnskapen som presenteres, skal andre kunne forske videre (Dalland, 2018, s. 162).

3.7 Analyse av artiklene

Ifølge Friberg (2017, s.142), finnes det to ulike metoder vi kan bruke for å analysere studier; allmenn og integrativ metode. Fellestrekk for disse metodene, er at de omhandler å skape en systematisk oversikt over hvilke studier som finnes innenfor et avgrenset tema. Det som skiller integrativ metode fra en allmenn metode, er at du går et steg videre og kommer med egne konklusjoner fra resultatene (Friberg, 2017, s. 143, 150).

Vi startet analysearbeidet med å ha et helikopterperspektiv på ulike studier vi fant. Vi fulgte Fribergs (2017, ss. 145-146) råd om å lese artiklenes sammendrag, for så å sammenligne disse. Dette gjorde vi for å finne artikler som passet med vår tematikk og problemstilling, og for å være sikre på at ønskede synspunkter kom frem. Deretter leste vi artiklene nøye flere ganger, i overensstemmelse med Fribergs (2017, s. 148) integrative litteraturoversikt. Slik kunne vi forstå innholdet enda bedre og være i stand til å identifisere likheter og ulikheter i artiklene. Vi foretok en datareduksjon og la artiklene inn i en tabell (Tabell 1). Her fikk vi en enkel og forståelig oversikt over de ulike artiklene. Dette ga oss til slutt mulighet til å sammenligne studiene og deres hensikt og til å deretter gå et steg videre til å kunne dra egne konklusjoner.

Tabell 1. *Oversikt over de ulike artiklene.*

Forfatter, årstall, land	Tittel	Perspektiv	Metode	Hensikt
Evcili, F. & Demirel, G. (2018). Tyrkia.	Patient's Sexual Health and Nursing: A Neglected Area	Sykepleier.	Deskriptive studie med kvantitativ metode. 188 sykepleiere deltok på et spørreskjema.	Kartlegge hindringer sykepleiere opplever under evaluering av pasientens seksuelle helse.

Saunamäki, N. & Engström, M. (2014). Sverige.	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears	Sykepleier.	Deskriptivt design og en kvalitativ tilnærming. Intervju med ti registrerte sykepleiere fra tre ulike sykehus.	Beskrive sykepleieres refleksjon rundt å diskutere seksualitet med pasienter.
Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2017). Sverige.	Sexual health in primary health care - a qualitative study of nurses' experiences	Sykepleier.	Kvalitativ metode og semistrukturert intervju. Ni sykepleiere i primærhelsetjenesten deltok.	Belyse erfaringer og muligheter sykepleiere har til å diskutere seksuell helse med pasienter i primærhelsetjenesten.
Traumer, L., Jacobsen, M., H. & Laursen, B., S. (2019). Danmark.	Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study	Pasient.	Kvalitativ analyse og intervju. Ti kvinner med en kreftdiagnose eller kronisk sykdom som har opplevd seksuell dysfunksjon deltok.	Forstå hvordan pasienter med kronisk sykdom eller kreft opplever seksualitet som et tabubelagt tema i det danske helsevesenet.

4.0 RESULTAT

Gjennom analysearbeidet finner vi flere faktorer som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet i møte med pasienter, hvor sykdom eller behandling kan påvirke deres seksualitet. Disse faktorene kan deles inn i to hovedkategorier, presentert i tabellen nedenfor (Tabell 2).

Tabell 2. *Faktorene som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet, presentert som hoved- og underkategorier.*

Hovedkategorier:	Underkategorier:
Ytre faktorer	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnskap • Systemet • Tid • Kjønn
Indre faktorer	<ul style="list-style-type: none"> • Fordommer • Holdninger • Ubehag • Relasjon

4.1 Ytre faktorer

4.1.1 Kunnskap

Funn fra to av studiene viser at ulikheter i sykepleiernes kunnskap kunne være en medvirkende faktor til om de snakket med pasientene om seksualitet eller ikke (Saunamäki & Engström, 2014; Klaeson et al., 2017). De fleste sykepleierne i studien til Nina Saunamäki og Maria Engström (2014) hadde god kunnskap om hvordan sykdom og behandling kunne påvirke pasientens seksualitet. Denne kunnskapen hadde de tilegnet seg gjennom trening eller arbeidserfaring. Noen av sykepleierne mente kunnskapen la grunnlaget for at de snakket om seksuell helse med pasienter, og temaet seksualitet ble for dem mer normalisert (Saunamäki & Engström, 2014, s. 534). At helsepersonellet hadde kunnskap, og dermed var åpne om seksualitet, opplevdes positivt for pasientene. Dette sier følgende sitat noe om:

It was just nice that sexuality was a topic you could talk about, that sexuality was not something that had to be pushed under the carpet. And that she [the healthcare professional] possessed knowledge of sexuality and could help me and thereby provide some security (Traumer et al., 2019, s. 61).

Ytterligere funn fra Saunamäki og Engström (2014, s. 535) sin studie, viser at noen informanter følte de ikke hadde den kunnskapen om seksualitet de trengte. Dette resulterte i at sykepleierne lot være å ta opp seksualitet med pasienter. Videre viser funnene til Line Traumer, Michael Wiid Jacobsen og Birgitte Schantz Laursen (2019, s. 60), at noen pasienter mistenker helsepersonell ikke snakker om seksualitet grunnet mangel på kunnskap. Resultat fra samme studie viser at en del av deltakerne ofte opplevde å bli avvist, enda de brøt isen og prøvde å ta opp seksuelle utfordringer med helsepersonell. Studien til Kicki Klaeson, Lina Hovlin, Hanna Guvå og Anna Kjellsdotter (2017, s. 1548), påpeker at de fleste sykepleierne oppga de ikke visste hvordan de skulle svare på pasienters spørsmål om seksuell helse. De tvilte på sin egen kapasitet på området, da de ikke hadde fått undervisning eller opplæring hverken på skole eller arbeidssted. Samtidig ga de uttrykk for et ønske om mer utdanning og kunnskap om seksuell helse.

Funnene i studien til Funda Evcili og Gulbahtiyar Demirel (2018, s. 1285) underbygger ovenstående informasjon om kunnskap som faktor. 64.9 % av informantene oppga de hadde adekvat kunnskap om seksualitet. Likevel kommer det frem i artikkelen at 83.3 % av de deltakende sykepleierne førte opp “mangel på kunnskap” som en av de viktigste hindringene for vurdering av pasientens seksualitet. Bare 13.8 % av sykepleierne i undersøkelsen var klar over at det fantes modeller som kunne anvendes i evaluering av seksuell helse. Av disse svarte 88.4 % PLISSIT-modellen.

4.1.2 Systemet

Funnene i artiklene av Saunamäki og Engström (2014) og Klaeson et al. (2017), viser at strukturelle mangler på systemnivå er en av grunnene til at sykepleiere ikke snakker med pasienter om seksualitet. Informantene oppgir mangel på støtte fra arbeidsplassen når det kommer til retningslinjer og rutiner rundt temaet seksualitet: “No, no conversations [about sexuality]. No. This is because, it isn't in Melior [EPR used in several hospitals in Sweden], there isn't a search word anymore, so it's nothing we report to each other” (Saunamäki & Engström, 2014, s. 535). Videre avslører funnene til Saunamäki og Engström (2014, s. 534) at på arbeidsplassene med “seksualitet” som søkeord i journalen, syntes sykepleierne det var lettere å ta opp seksualitet med pasienter.

Resultater fra studien til Klaeson et al. (2017, s. 1548) påpeker at informantene følte arbeidsgiver ikke satte utdanning og opplæring på dagsordenen, på tross av at det ble ytret et ønske om dette. Samme studie viser at en organisasjon eller arbeidsplass som ikke støtter opp om sykepleiernes behov, bidrar til å redusere sykepleiernes evne til å utøve holistisk sykepleie (Klaeson et al., 2017, s. 1549). Resultatene i Evcili og Demirel (2018, s. 1285) sin studie underbygger ovenstående informasjon; 68 % av deltakerne oppga utilstrekkelige kliniske føringer som en hindring for sykepleieren til å evaluere pasientens seksuelle helse. Ytterligere funn viser at det manglet et egnet sted å ta opp seksualitet, da flere av pasientene lå på flermannsrom (Saunamäki & Engerström, 2014, s. 535).

4.1.3 Tid

I samtlige studier fremkommer det at mangel på tid gjør det vanskelig for sykepleiere å ta opp seksualitet i møte med pasienter (Evcili & Demirel, 2018; Klaeson et al., 2017; Saunamäki & Engström, 2014; Traumer et al., 2019). I Evcili og Demirel (2018, s. 1284) sin studie, oppga 87.3 % av sykepleierne mangel på tid som et hinder for å kunne evaluere pasientens seksualitet. Videre viser studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 535), at seksualitet var noe som ikke skulle tas opp ved dårlig tid. Sykepleierne beskriver arbeidsmiljøet som stressende, og at det dermed ikke var tid til å ta opp temaet seksualitet.

Resultatene til Traumer et al. (2019, s. 63) tyder på at pasientene opplevde helsepersonell som travle, og at det var liten eller ingen tid til å ta opp et så sensitivt tema som seksualitet. En sykepleierinformant uttrykker: "... We are so pressed for time today, so you don't have the time. One does not see the whole person in that way, one sees a knee or a wound" (Klaeson et al., 2017, s. 1549).

4.1.4 Kjønn

Funn i studien til Klaeson et al. (2017, s. 1550) slår fast at sykepleierne syntes det var lettere å snakke om seksualitet med menn. Sykepleierne begrunnet dette med at menns seksuelle helseutfordringer ble behandlet utelukkende som fysiske problem. Deltakerne i studien var klar over at også kvinner kunne oppleve seksuelle utfordringer, men disse ble ikke tatt tak i. Ytterligere funn fra samme studie påpeker at kvinners problemer ble sett på som ikke-fysiologiske problemer, hvilket sykepleierne ikke vurderte som sitt ansvarsområde.

Funn fra forskningsartikkelen til Traumer et al. (2019, s. 62) peker i retning av det samme. Alle deltakerne var kvinner, og alle oppga at de ønsket å diskutere seksuelle bekymringer med kvinnelig helsepersonell. Informantene mente kvinnelig helsepersonell var lettere å snakke med, fordi de var mer sympatiske og forståelsesfulle.

4.2 Indre faktorer

4.2.1 Fordommer

Resultater fra studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 535) viser at alle sykepleierne hadde gjort seg tanker om pasientens seksualliv. Dette på tross av at de ikke hadde fått informasjon fra pasienten som bekreftet eller avkreftet disse. Ytterligere resultater peker på at sykepleierne ikke snakket med eldre pasienter om seksualitet, da de trodde gamle mennesker ikke lenger hadde sex. De hadde en tanke om at de som generasjon ikke ønsket å snakke om seksualitet (Klaeson et al., 2017, s. 1550; Saunamäki & Engström, 2014, s. 535). I studien til Klaeson et al. (2017) la sykepleierne til at fordommer var skyld i at de ikke tok opp seksuell helse med de eldre pasientene. Ytterligere funn i studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 535) belyser at sykepleiere hadde blitt sjokkert dersom sengeliggende eller alvorlig syke pasienter, lengtet etter sex eller intimitet.

4.2.2 Holdninger

Resultatene i studien til Evcili og Demirel (2018, s. 1284) utpeker at hovedfaktoren som forhindret sykepleiere å evaluere pasientens seksualitet, var at seksualitet ble betraktet som tabu. Hele 94 % av de deltagende sykepleierne i undersøkelsen, oppga dette. Ytterligere funn viser at 80.6 % av sykepleierne som deltok, ikke aksepterte seksualitet som en prioritet i pasientpleien. Resultatene av forskningen til Saunamäki og Engström (2014, s. 536) og Klaeson et al. (2017, s. 1549), viser også at holdningene til sykepleierne kan påvirke om de snakker om seksualitet eller ikke. I Klaeson et al. (2017, s. 1549) sin studie, påpeker noen av informantene at det ikke var deres plikt å snakke om seksuelle problemer av vag eller emosjonell type. Det ble stilt spørsmål om seksuell helse var en del av helsetjenestens ansvarsområde, og om informantene faktisk hadde rett til å snakke om seksualitet.

Begrepet "tabu" som barriere, går tydelig igjen i studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 536). I samme studie var et av funnene at noen informanter hadde vokst opp med å ikke snakke om seksualitet. Til tross for at seksualitet var et søkeord i journalen, var tradisjonen

om å la være å snakke om det, sterk. De valgte dermed å overse søkeordet. Videre viser funnene at noen informanter mente det ikke var deres ansvar eller plikt å snakke om seksualitet. En del av sykepleierne mente leger og andre med-sykepleiere hadde mer tid og erfaring, og var bedre kvalifisert til å ta opp temaet med pasientene (Saunamäki & Engström, 2014, s. 534, 536).

Funnene i Traumer et al. (2019, s. 61) sin studie fremhever noe av det samme. Pasienter som prøvde å ta initiativ til samtale om seksualitet, ble avfeid eller ikke fulgt opp av helsepersonell. Videre tyder funnene på at helsepersonells holdninger om å ikke snakke om seksualitet, førte til at pasientene følte seg oversett, avvist og ignorert. Dette resulterte i at et såkalt toveis tabu ble opprettholdt, av at både helsepersonell og pasient lot være å snakke om seksualitet: "Healthcare professionals prevent me from talking about sexuality. You do not want to talk more about it when it is not being dealt with" (Traumer et al., 2019, s. 61).

4.2.3 Ubehag

Studien til Klaeson et.al. (2017, s. 1551) viser at en følelse av ubehag medvirket til hvorfor det ikke ble snakket om seksualitet med pasienter. Dette kommer også frem i funnene til Saunamäki og Engström (2014, s. 536). Studien understreket at en del av sykepleierne ikke ønsket å invadere pasientenes privatliv, og bli oppfattet som respektløse. Dersom seksualitet dukket opp som et tema, var samtalen som oftest kort. Disse funnene underbygges også i studien til Evcili og Demirel (2018, s. 1285). Hele 86.6 % av sykepleierne svarte at skamfølelse var en faktor som kunne påvirke samtale om seksualitet med pasienter.

Klaeson et al. (2017, s. 1551) sin studie peker på mange av de samme funnene. Resultatene fra studien viser at informantene følte noen pasienter delte i overkant mye privat informasjon om seg selv. Ubehaget bidro i sin tur til frykt for å ta opp seksuell helse med pasienter ved senere anledninger. Resultatene til Traumer et al. (2019, s. 60) tyder på at pasienter opplevde helsepersonell som flau og ukomfortable under samtale om seksualitet. Samtalene ble mangelfulle, og pasientene ble etterlatt ubehandlet og frustrerte.

4.2.4 Relasjon

Funn i studien til Traumer et al. (2019, s. 62) understreker at hvorvidt pasientene snakket om sine seksuelle utfordringer, var betinget av hvem det var de snakket med. Ytterligere

resultater påpeker viktigheten av at helsepersonell og pasienter seg imellom, etablerer gode relasjoner preget av tillit. En god relasjon bidrar videre til at pasientene snakker med helsepersonell om seksualitet (Traumer et al., 2019, s. 62). Funn fra studien til Klaeson et al. (2017, s. 1551), peker i retning av det samme; sykepleierne fortalte at relasjon til pasientene var nødvendig for å oppnå samtaler av kvalitet.

4.3 Oppsummering av resultater

Når det gjelder det som er avgjørende for problemstillingen vår om hvilke faktorer som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet med pasienter, har vi funnet en rekke indre og ytre faktorer. Kunnskap, system, tid og kjønn er ytre faktorer som har stor betydning for om sykepleiere snakker om seksualitet. Videre viser det seg at indre faktorer som fordommer, holdninger, ubehag og relasjon også kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å ta opp temaet.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Metodediskusjonen tar for seg studienes geografiske tilknytning, forfattere, deltakere, relevans og gyldighet. I tillegg drøftes kvalitativ tilnærming og integrativ litteraturoversikt som metode.

5.1.1 Land og arena for studiene

Tre av forskningsartiklene vi valgte å ta med, hadde tilknytning til Skandinavia. To av dem var svenske, mens den tredje var dansk. Den siste artikkelen vi ønsket skulle være med å danne grunnlaget for oppgaven, var utarbeidet i Tyrkia. På tross av at denne siste artikkelen hadde opphav utenfor Norden, besluttet vi å ta den med. Tyrkia er et europeisk land, og det kan derfor tenkes at resultatene i studien både var sammenlignbare og relevante med nordiske forhold. Vi kan likevel ikke utelukke at vi her kan ha feilvurdert, og at det ville vært lurere av oss å ta med kun nordiske forskningsartikler.

I to av artiklene har studiene funnet sted på sykehus (Evcili & Demirel, 2018; Saunamäki & Engström, 2014). Studien til Klaeson et al. (2017) ble utført med primærhelsetjenesten som arena, mens studien til Traumer et al. (2019) foregikk på et sexologisk forskningscenter i Aalborg i Danmark.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

For å kunne vurdere artiklenes reliabilitet så vi på forskernes faglige bakgrunn, og deres kompetanse på valgt tema. Flere av forskerne hadde medisinskfaglig bakgrunn som autoriserte sykepleiere. Flertallet av forfatterne var forelesere eller professorer, og samtlige av dem hadde akademiske grader innen forskning, som bachelor-, master- eller doktorgrader innen helse eller sosiologi.

Med tanke på etikk, ser vi at forskerne har vært påpasselige med å sikre etiske standarder i studienes forløp. Informantene deltok frivillig, fikk informasjon i forkant og kunne trekke seg fra studiene når som helst. Dette anser vi som viktig, da vi mener studienes reliabilitet øker når etikken blir ivaretatt.

5.1.3 Studienes deltakere

I tre av studiene var deltakerne sykepleiere (Evcili & Demirel, 2018; Klaeson et al., 2017; Saunamäki & Engström, 2014). Deltagernes erfaring varierte fra nyutdannede til utdannede med flere års erfaring. Kvinnelige sykepleiere dominerte i alle studiene. I studien til Traumer et al. (2019), bestod deltakerne av pasienter med kreft eller pasienter som hadde erfaring med kroniske sykdommer hvor det hadde oppstått seksuelle problemer eller dysfunksjon. Her var alle de ti deltakende pasientene kvinner, til tross for at de også hadde spurt like mange menn om å delta i studien (Traumer et al., 2019). Vi synes valg av deltakere samsvarer med oppgavens hensikt og problemstilling. Etter vår mening var det nødvendig å ha med både sykepleier- og pasientperspektiv for å vise temaet fra ulike sider. Vi kan ikke utelukke at dominans av kvinnelige deltakere i studiene, kan ha fungert som en feilkilde. Antall deltakere i studiene varierte fra ni til 188. Studier med flere deltagere mener vi kanskje finner flere ulike faktorer enn studier med få. Vi ønsket derfor at antall deltakere i de forskjellige studiene skulle variere.

I studien til Klaeson et al. (2017) var det et inklusjonskriterie at deltakerne måtte være sykepleiere og at de jobbet i primærhelsetjenesten. Saunamäki og Engström (2014) hadde ingen eksplisitte inklusjonskriterier. Alle deltakerne jobbet imidlertid på sykehus med sykdommer som kan påvirke seksualitet negativt. Først og fremst ønsket vi å belyse sykepleiernes perspektiv. Vi har likevel inkludert en artikkel med pasientperspektiv, for å få frem mulige konsekvenser av at sykepleiere ikke snakker om seksualitet i møte med pasienter. Dette kan også tydeliggjøre viktigheten av å snakke om seksualitet.

5.1.4 Kvalitativ metode som tilnærming

Tre av oppgavens forskningsartikler bruker kvalitative forskningsintervju som metode, og hensikten til disse studiene var å få tak i opplevelser, erfaringer og meninger om seksualitet som tema i helsevesenet. Vi mener at deres valg av kvalitativ metode som tilnærming, er tilfredsstillende for å belyse deres hensikt. Problemstillingen vår om hvilke faktorer som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet med pasienter, ser vi at kan belyses ved hjelp av både kvalitativ og kvantitativ metode. Vi ønsket å få en dypere forståelse for temaet, noe vi kan få gjennom innsyn i menneskers meninger og opplevelser (Dalland, 2017, ss. 52-53). Det ble derfor omsider et bevisst valg at vi ønsket å ta utgangspunkt i kvalitativ metode.

På tross av vårt fokus på en kvalitativ fremgangsmåte, inkluderte vi den kvantitative forskningsartikkelen til Evcili og Demirel (2018). Grunnen til dette er at vi ønsket å underbygge de "myke" dataene vi ekstraherte fra de kvalitative studiene, med statistikk. Den kvantitative studien tydeliggjorde omfanget av problemet med mangel på åpenhet rundt seksualitet og underbygget funnene i de kvalitative studiene.

Anvendelse av bare kvalitative eller kvantitative data, mener vi potensielt kunne vært til hinder for å få en helhetlig forståelse av de ulike faktorene som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet med pasienter. For å få bredest mulig forståelse for temaet og kunne belyse vår problemstilling på best mulig måte, mente vi at det var nødvendig å ta i bruk både kvalitative og kvantitative data.

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode

Vi mener bruken av integrativ litteraturoversikt som metode, i stor grad har bidratt til å svare på vår problemstilling. Det kan tenkes at kun å analysere fire artikler kan ha vært med på å begrense temaets kompleksitet. Grunnet lite tid til rådighet ville det vært vanskelig for oss å analysere flere artikler. De artiklene vi har valgt å bruke, mener vi er sammenlignbare, relevante og gyldige for å svare på vår hensikt. Vi har selv valgt ut artikler som vi anså som relevante. Dermed kan vi ha valgt bort andre passende artikler uten å være klar over det.

5.1.6 Kildekritikk

Alle artiklene vi har valgt er skrevet på engelsk. Følgende kan det ha vært rom for feiltolkninger eller tap av sentrale nyanser når vi har oversatt deler av artiklenes innhold til norsk. I en slik oversettings- og tolkningsprosess, vil man som regel alltid miste noen nyanser av det som formidles. Her vil vi derfor formidle at den nyeste utgaven av "Sykepleien" (2021), inneholder flere artikler som henviser til de samme studiene som våre, hvor flere av de samme resultatene er presentert (Eriksen et al., 2021; Langhelle, Paulsen, Fredly & Sekse, 2021). Vi mener dette er med på å underbygge at de dataene vi har funnet er av relevans til valgt tema, og styrker også validiteten i de funnene vi har kommet frem til.

Vi må også ta hensyn til at feilkilder kan oppstå ved å bruke intervju som verktøy for innhenting av data. Både den som intervjuer og den som blir intervjuet, kan nemlig misforstå spørsmål eller svar. Dette kan bidra til å redusere funnenes reliabilitet (Dalland, 2018, s. 60).

5.2 Resultatdiskusjon

Problemstillingen vår handler om hvilke faktorer som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet i møte med pasienter, hvor sykdom eller behandling kan påvirke deres seksualitet. Resultatene viser at det er mange faktorer, både indre og ytre, som kan gjøre dette vanskelig. Videre i oppgaven skal vi, ved hjelp av teori og egne refleksjoner, diskutere funn vi mener er mest relevant for problemstillingen og prøve å knytte disse opp mot oppgavens hensikt.

5.2.1 Ytre faktorer

5.2.1.1 Kunnskap

Et av hovedfunnene til alle studiene, var at utilstrekkelig kunnskap fungerte som en årsak til hvorfor sykepleiere ikke snakket om seksualitet med pasienter (Evcili & Demirel, 2018; Klaeson et al., 2017; Saunamäki & Engström, 2014; Traumer et al., 2019). Overnevnte funn var forventet, og vi tenker disse samsvarer med egne opplevelser. Vi har selv opplevd travle arbeidsdager og konsekvenser av manglende kunnskap. Likevel er det ikke bare mengden kunnskap som betyr noe. Lene Sigaard (2003, s. 51) skriver at sykepleiere også må vite hvordan de skal anvende kunnskapen slik at de unngår en paternalistisk tilnærming til pasienten.

Det kommer frem av Klaeson et al. (2017, s. 1548) sine funn, at arbeidsgiver ikke prioriterte å øke kunnskapsnivået hos de ansatte, på tross av at de uttrykket et ønske om dette. At arbeidsgiver ikke sørger for at ansattgruppen får nødvendig opplæring og videreutdanning strider imot lovverket (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 8-1, § 8-2; internkontrollforskriften for helse- og sosialtjenesten § 4). I nyere tid er det imidlertid utarbeidet tiltak på statlig nivå som skal sikre at helsepersonell, via grunn- og etterutdanning, får tilstrekkelig med kunnskap om seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

For at sykepleiere skal kunne snakke om seksualitet med pasienter, er det viktig å ha grunnleggende kunnskap om hvordan sykdom kan påvirke seksualiteten (Gamnes, 2016, s. 377). I tillegg kan mangel på kunnskap føre til at sykepleiere ikke føler seg kompetente nok å ta opp seksuelle utfordringer. Dermed kommer de heller ikke i posisjon til å hjelpe pasienter med dette. Sykepleiere har et yrkesetisk og lovpålagt ansvar. Dette ansvaret handler om å

holde seg faglig oppdatert og ha nødvendig kunnskap for å yte forsvarlig helsehjelp (NSF, 2019; Helsepersonelloven, 1999). Funn fra studien til Evcili og Demirel (2018, s. 1285) viser at et fåtall av sykepleierne visste det fantes modeller som kunne anvendes i evaluering av pasienters seksuelle helse. Dette strider imot helse- og omsorgsdepartementets (2016) forventninger om at helsepersonell med treårig utdanning skal kunne anvende de to nederste trinnene i PLISSIT-modellen. Ifølge Sigaard (2003, s. 84) er det ikke nok at fagpersonen bare har kjennskap til modellen og kan ta den i bruk, men vedkommende må også ha et ønske om å snakke om seksualitet.

5.2.1.2 Systemet

Mangel på kliniske føringer, rammer og støtte fra arbeidsplassen, går igjen i samtlige studier (Evcili & Demirel, 2018; Klaeson et al., 2017; Saunamäki & Engström, 2014; Traumer et al., 2019). At det fremdeles den dag i dag er mangel på kliniske føringer når det kommer til seksualitet i helsevesenet, tenker vi kan ha sammenheng med at begrepet fremdeles bærer preg av tabu. Ylva Helland (2015, s. 867) beskriver at gamle forestillinger om seksualitet som tabu, kan være med på å påvirke i hvor stor grad temaet seksualitet anses som viktig. Samfunnsbestemte tabuer kan altså medvirke til å skape fordommer (Sigaard, 2003, s. 77).

Helse- og omsorgsdepartementet kom i 2016 ut med strategien ”Snakk om det!”. De innførte seksualitet som et søkeord i behandlingsplaner og prosedyrer i helsevesenet. Det var avgjørende for noen å ha slike retningslinjer å kunne lene seg på; seksualitet som et søkeord i journalen, oppmuntret til å ta opp temaet. Andre overså temaet, til tross for søkeordets eksistens (Saunamäki & Engström, 2014, s. 534, 536).

En del av ledernes funksjon i sykepleietjenesten innebærer, ifølge NSF (2019), et yrkesetisk ansvar om å skape rom for fagutvikling i organisasjonen. Til tross for at det er nedfelt både i lovverk og yrkesetiske retningslinjer, påpeker studiene at flere informanter uttrykket mangler på dette (Evcili & Demirel, 2018; Klaeson et al., 2017; Saunamäki & Engström, 2014; Traumer et al., 2019). Siv Gamnes (2016, s. 398) mener bevissthetsgjøring rundt temaet er avgjørende for at holdninger på en avdeling skal kunne endres. Dersom avdelingsledere står i spissen på denne måten, kan et felles kunnskapsgrunnlag skapes. Man blir kanskje mer komfortabel og den enkeltes trygghet rundt det å snakke om seksualitet kan styrkes (Eriksen et al., 2020, s. 20).

Funnene til Saunamäki og Engström (2014, s. 535) viser at det ikke fantes et egnet sted å ta opp seksualitet med pasienter. Både pasientens personvern og helsepersonells taushetsplikt, utfordres når pasienter ligger på flermannsrom (Lillemoen, 2015, s. 333). Gamnes (2016, s. 398) mener at seksualitet er et privat område for mange. Det at sykepleierne i studien hadde økt bevissthet om å være påpasselig med hvor pasientinformasjon diskuteres, mener vi er bra (Saunamäki & Engström, 2014). Ifølge Olav Molven (2015, s. 345) kan dette øke sjansen for at pasienter faktisk oppsøker helsepersonell, dersom det oppstår problemer knyttet til seksualitet. Tillit kan skapes ved å skjerme pasienten for uheldige hendelser, noe som igjen legger til rette for en relasjon preget av samspill (Molven, 2015, s. 345; Vevatne, 2020, s. 44).

I resultatene til Klaeson et al. (2017) og Saunamäki og Engström (2014), kommer det frem et ønske om mer utdanning og opplæring om seksualitet. Almås (2020) mener at seksuell helse som tema, i stor grad nedprioriteres i undervisningen i helsefaglige utdanninger. Dette kan skyldes at seksuell helse “drukner” i alle de andre viktige temaene, som også må prioriteres i studiet. Informantene som faktisk hadde god kunnskap om seksuell helse, tilegnet seg denne selv via arbeidserfaring og etter eget initiativ (Saunamäki & Engström, 2014, s. 534). Holisme spiller, ifølge Hesook Suzie Kim (2015, s. 150-151), en fundamental rolle i utøvelsen av sykepleie. Å ikke sette opplæring og undervisning om seksualitet på dagsordenen, kan bidra til å redusere sykepleierens evne til å utøve holistisk sykepleie (Klaeson et al., 2017, s. 1548).

5.2.1.3 Tid

Funn fra samtlige studier peker i retning av at mangel på tid gjør det vanskelig for sykepleiere å ta opp seksualitet i møte med pasienter (Evcili & Demirel, 2018; Klaeson et al., 2017; Saunamäki & Engström, 2014; Traumer et al., 2019). Ifølge Lillian Lillemoen (2015, s. 328) er dårlig tid noe som gjør prioriteringen i helse- og omsorgstjenesten vanskelig. Studienes funn viser at ivaretagelse av det grunnleggende behovet seksualitet, havner langt bak i prioriteringen. Både papirarbeid og medisinsk behandling blir, ifølge Per Nortvedt (2016, s. 253), prioritert før grunnleggende sykepleie med pasientkontakt. Lillemoen (2015, s. 329) mener tid bidrar til å skape rom for å lytte, samtale, trøste og avdekke behov. Disse nøkkelordene ser også Helland (2015, s. 871) på som svært viktige i samtale om seksualitet med pasienter. Vi tenker derfor det kanskje ikke er så rart at seksualitet blir nedprioritet, da mangel på tid setter begrensninger.

Som sykepleiere har vi mulighet til å være med å bestemme fordeling og prioritering av sykepleieroppgaver. Vi tilstreber å ta oss tid til det vi anser som viktig i øyeblikket. Ifølge Sigaard (2003, s. 51), kan sykepleiere bevisst unngå å ta fatt på problemer. Årsaken kan være at de ikke føler seg faglig kompetente nok, eller har for lite erfaring til å bruke kunnskapen de innehar. Det kan tenkes at mangel på tid til tider bare brukes som en unnskyldning for å ikke prioritere samtale om seksualitet, enda mangel på tid er et reelt tema. Pasientene i studien til Traumer et. al, (2019, s. 63), bekrefter at de oppfattet helsepersonell som travle, og tar ikke opp seksualitet med helsepersonell med mindre de føler det er tid til det. Helland (2015, s. 876) legger til at det er sykepleierne som sitter på kunnskap, og dermed har kontroll over hvor mye tid som skal vies til temaet. Vi mener derfor det er viktig å være bevisst på maktbalansen som eksisterer mellom sykepleier og pasient.

5.2.1.4 Kjønn

Før vi analyserte studiene, så vi for oss at sykepleiere ville være mest komfortable med å snakke om seksualitet med kvinnelige pasienter. Tvert imot, skriver Klaeson et al. (2017, s. 1550) at sykepleierne syntes det var lettest å snakke om seksualitet med menn. Dette kom overraskende på oss. Sykepleieryrket er, ifølge Bente Abrahamsen (2020), et yrke dominert av kvinner. Vi hadde dermed trodd at kvinnelige sykepleiere kunne relatere til seksuelle problemer hos kvinnelige pasienter, og i tillegg hadde god øvelse i å tilnærme seg disse. I studien til Traumer et al. (2019, s. 62), fremkommer det at pasientene syntes det var lettest å snakke om seksualitet med kvinner.

Nina Jahren Kristoffersen (2017, s. 41) bekrefter resultatet til Klaeson et al. (2017, s. 1550) om at kvinnelige pasienters problemer i liten grad vektlegges, og legger til at blant annet kunnskapsgrunnlag og praksis er bygget på en norm utarbeidet av og for menn. Det kom frem av studien at sykepleierne mente menns problemer knyttet til seksuell helse var mer fysiske enn kvinners problemer, og at de dermed var lettere å snakke om (Klaeson et al., 2017, s. 1550). Ifølge Sigaard (2003, s. 47) vil alle dimensjonene påvirkes dersom det skjer noe med én av dem. På bakgrunn av dette mener vi at menns utfordringer, på tross av at de for sykepleierne var tilsynelatende fysiske, også kan ha vært av psykisk eller sosial karakter.

Det er bra at det i det hele tatt snakkes om seksualitet med mannlige pasienter, men vi mener også kvinnenes problemer bør tas tak i selv om de kanskje ikke er like synlige. Man må se helheten, altså hele mennesket (Kim, 2015, s. 150-151). Dette mener vi sykepleierne ikke

gjør, når de velger å unngå samtale om temaet med kvinner. Helland (2015, s. 866) og Kim (2015, ss. 150-151) tilføyer at seksualitet innebærer flere dimensjoner enn nettopp den fysiologiske. Det vil altså ikke være tilstrekkelig sykepleie dersom sykepleieren ikke integrerer alle sider ved pasienten og vedkommendes situasjon. Travelbee (2001, s. 32) sier noe av det samme; helse er en tilstand som preges av fullkomment fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom.

5.2.2 Indre faktorer

5.2.2.1 Fordommer

Resultatene til Klaeson et. al. (2017) og Saunamäki og Engström (2014), belyser at fordommer blant informantene kunne bidra til at det var vanskelig for sykepleierne å snakke om seksualitet. Seksualitet henger sammen med menneskets identitet og liv (Aars, 2021, s. 26). Seksuell helse er noe WHO (2006a) mener alle har med seg hele livet, uavhengig av sykdom eller funksjonssvikt. På tross av dette, avdekker studiene til Klaeson et al. (2017, s. 1550) og Saunamäki og Engström (2014, s. 535) ideer om at eldre pasienter ikke lengre er seksuelt aktive. Videre uteblir derfor samtale om seksualitet, spesielt i møte med denne pasientgruppen.

Ifølge Tove Bostad, Hege Røyert og Trine Merethe Paulsen (2020) kan fordommer skyldes mangel på kunnskap. Det er ikke til å se bort ifra at denne slutningen kan trekkes også her. Gamnes (2016, s. 398) mener at det er nødvendig å være bevisst og kunne reflektere over egne og andres holdninger til seksualitet. Et møte med det seksuelle mennesket kan da bli fordomsfritt. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) har hatt et økt fokus på folks seksuelle helse. Vi tenker at dette økte fokuset på seksuell helse, fører med seg økt kunnskap og dermed bidrar til å blekne noen av fordommene.

Det er individuelt hvor stor rolle seksualitet spiller i en persons liv, og seksualiteten kan uttrykke seg forskjellig gjennom hele livet (Gamnes, 2016, s. 374; Helland, 2015, s. 862) Studien til Saunamäki & Engström (2014) avslører en tanke om at sengeliggende eller alvorlig syke pasienter, i motsetning til friskere pasienter, ikke har samme behov for samtale om seksualitet. At sykepleiere velger bort denne delen av pasienten, uten å ha forhørt seg med pasienten først, er for oss vanskelig å forstå. Dette strider også imot det holistiske

menneskesynet som Kim (2015, ss. 150-151) forteller at sykepleiere bør gå ut ifra når de utøver pleie.

5.2.2.2 Holdninger

Det går igjen i funnene hos samtlige studier, at sykepleieres holdninger kan bidra til at samtalen om seksualitet utgår (Evcili & Demirel, 2018; Klaeson et al., 2017; Saunamäki & Engström, 2014; Traumer et al., 2019). Tas det ikke ansvar for å romme pasientenes seksualitet, mener Kim (2015, s. 150-151) at mennesket som helhet heller ikke blir ivarettatt. Den holistiske tilnærmingen til pasienten vil da utebli. Hvorfor sykepleiere har de holdningene de har, kan være vanskelig å svare på. Ifølge WHO (2006a) må menneskers seksuelle rettigheter respekteres og beskyttes, for at god seksuell helse skal kunne opprettholdes. Vi kan tenke oss at sykepleiernes holdninger kan sette en stopper for dette.

Seksualitet blir, av Helland (2015, s. 867), beskrevet som et bredt og komplekst fenomen som har hatt ulike betydninger opp gjennom årene. Holdninger kan være basert på kunnskap, erfaringer og opplevelser (Bostad et al., 2020). Seksualitet blir i høy grad forbundet med tabu; hele 94% av informantene betraktet seksualitet som tabu (Evcili & Demirel, 2018, s. 1285). Ideen om at dagens oppfatning av seksualitet som tabu henger igjen fra gammelt av, kan bekreftes av Sigaard (2003, s. 21). Hun viser nemlig til at seksualitet før i tiden ble sett på som umoralsk og udannet å arbeide med.

Tre av artiklenes resultater tyder på at det ikke var informantenes plikt eller ansvar å snakke om seksuelle problemer (Evcili og Demirel, 2018, s. 1285; Klaeson et al., 2017, s. 1549; Saunamäki & Engström, 2014, s. 536). Seksuell helse er et grunnleggende behov og en menneskerettighet (WHO, 2006a; IPPF, 2008). Sykepleiere forpliktet til å følge både lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Profesjonelle yrkesutøvere kan altså ikke alltid handle i samsvar med egne, personlige holdninger. Det sies av Bostad et al. (2020) at negative holdninger kan påvirke atferden vår i form av at vi blir uinteresserte, motvillige og trekker oss unna. Det er vanskelig å si om informantene som var oppvokst med å unngå samtaler om seksualitet, overså temaet kun av den grunn. Vi tenker det kanskje også kan ha sammenheng med at sykepleierne ikke visste hva de skulle gjøre med informasjonen de eventuelt hadde fått gjennom en samtale om seksualitet.

På lang sikt vil det uansett ikke være en god strategi å overse seksuelle problemer. Dette kan påføre pasienten lidelse og nedsatt livskvalitet (Aars, 2021, s. 26; Traumer et al., 2019, s. 61). Som belyst av Helland (2015, s. 871) kan pasienten til tross for at vedkommende ønsker å ta opp spørsmål med helsepersonell, oppleve dette som vanskelig. Vi kan tenke oss at pasienter går rundt og skammer seg over sine følelser rundt seksuelle problemer, selv om disse følelsene egentlig er helt naturlige i situasjonen personen er i. Slik manglende åpenhet rundt seksuell helse, og dermed unngåelse av å løse pasientens utfordringer på området, kan føre til at Travelbees (2001, s. 41) menneske-til-menneske-forhold svekkes. For å bryte denne onde sirkelen, hvor hverken pasient eller sykepleier tar opp temaet, bør sykepleieren ta det første steget og innlede til samtale om seksuell helse (Helland, 2015, ss. 871-872).

5.2.2.3 Ubehag

Samtlige artikler belyser hvordan ubehagelighet kan påvirke hvorvidt sykepleierne snakker om seksualitet eller ei (Evcili & Demirel, 2018; Klaeson et al., 2017; Saunamäki & Engström, 2014; Traumer et al., 2019). Gamnes (2016, s. 377) tilføyer at kunnskap kan bidra til at sykepleiere føler seg mer komfortable og trygge i samtale om seksualitet med pasienter. Av studien til Klaeson et al. (2017, 1551) fremkommer det at noen sykepleiere følte pasientene delte for mye privat informasjon om seg selv. Helland (2015, ss. 873-874) legger imidlertid til at sykepleiere med gode kommunikasjonsferdigheter, ville vært i bedre stand til å styre samtalen og veilede pasienten. Her kan PLISSIT-modellens to nederste trinn være til hjelp. Her åpnes det opp for tillatelse til samtale om seksualitet, samt formidles enkel og presis informasjon (Gamnes, 2016, s. 400). For oss virker det som at helsepersonell tar størst hensyn til seg selv og hvordan man selv kan ha det mest komfortabelt. Denne praksisen mener vi ikke arter seg i pasientens favør.

5.2.2.4 Relasjon

Travelbee (2001 s. 41) legger vekt på menneske-til-menneske-forholdet, hvilket kjennetegnes av opplevelser og erfaringer sykepleier og pasient har opplevd sammen. Studiene til både Traumer et.al. (2019, s. 62) og Klaeson et. al. (2017, s. 1551), bekrefter dette. Det at kun to av studiene omtalte betydningen av relasjon i tilknytning til den seksuelle samtalen, var for oss overraskende. Herdis Alvsvåg (2015, s. 164) forteller at hvor tett mennesker kommer på hverandre, varierer fra situasjon til situasjon. Dette kan bekreftes av studien til Traumer et al. (2019, s. 62), som viser at om pasientene snakket om seksualitet eller ikke, bunnet i hvem

samtalepartneren var. Tillit må, ifølge Kari Vevatne (2020, s. 44)), være til stede i alle relasjoner hvor ønsket er å utvikle trygghet og godt samspill.

5.3 Konklusjon

Studiens funn peker på flere faktorer som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet med pasienter, hvor sykdom eller behandling kan påvirke deres seksualitet. Kunnskap, system, tid, kjønn, fordommer, holdninger, ubehag og mellommenneskelige relasjoner er, ifølge funnene, slike faktorer. En faktor vi mener skiller seg ut, er kunnskap. Kunnskap spiller en sentral rolle og mangel på kunnskap har vist seg å gå igjen som et hovedfunn i samtlige studier. På bakgrunn av studienes resultat, mener vi at mangel på kunnskap ikke bare er en faktor i seg selv, men også en bakenforliggende faktor som skaper grobunn for mange av de andre faktorene som påvirker sykepleieres åpenhet rundt seksualitet.

Vi tolker av studienes resultater at også system kan påvirke de andre faktorene. Beslutninger tatt på systemnivå kan eksempelvis virke inn på tiden som disponeres til interaksjon mellom sykepleier og pasient, samt om sykepleiere får mulighet til å tilegne seg mer kunnskap. Det er ikke bare sykepleiernes oppgave å tilegne seg nødvendig kunnskap, men også ledere har et ansvar for å legge til rette for økt kunnskap hos sine ansatte. Oppsummert, mener vi samfunn og helsevesen bør jobbe sammen for å viske bort faktorene som hindrer sykepleiere i å snakke om seksualitet med pasienter. Dette fordi seksuell helse er et grunnleggende behov og en menneskerettighet.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Av å jobbe med oppgaven har vi lært at det ikke bare er seksualitet som tabu alene, som er årsaken til at sykepleiere ikke er åpne om temaet. Det finnes flere faktorer som kan gjøre dette vanskelig. På bakgrunn av funnene våre, og lærdommen vi har dratt av disse, ser vi at det er stort forbedringspotensial på mange områder. Vi har dermed forsøkt å utforme diverse tiltak som kan bidra til at sykepleiere i større grad snakker med pasienter om seksualitet, og øker fokuset på temaet seksualitet generelt. Tiltakene har som mål å øke kunnskapsnivået hos helsepersonell, styrke retningslinjer og rammer for arbeid med seksualitet i helsevesenet, redusere fordommer, minske tabuet som preger tematikken og virkelig sette seksualitet på dagsordenen. Sammen vil disse tiltakene forhåpentligvis skape et større rom for åpenhet om seksualitet i helsevesenet.

Her er forslagene vi tenker kan bidra til forbedring:

- Bedre undervisningen om seksualitet i helsefaglige utdanninger. Seksualitet bør komme tydeligere frem, eventuelt som et eget underpunkt, i forskriftene om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning.
- Fagutviklingsdager og kurs for sykepleiere i regi av avdelingen. Å dele pasienterfaringer og refleksjoner, kan bidra til at sykepleierne lærer av hverandre. Videre kan dette føre til bedre praksis og behandling av pasientene.
- Avdelinger bør utarbeide egne planer for opplæring om seksualitet i praksis, for å øke kunnskapen på området og danne en felles kunnskapsforståelse av begrepet seksualitet.
- At sykepleierne svarer på spørsmål de har kunnskap om, men er ydmyke og henviser videre til bedre kvalifisert helsepersonell i situasjoner hvor dette passer seg.
- Øke kunnskapen generelt i befolkningen ved å gi temaet en større plass i læreplaner både på grunnskolen, videregående og høyere utdanning. Barn og unge som er opplyst på området, vil sannsynligvis dra nytte av denne kunnskapen i både utdanning og jobb senere i livet.

Et uventet resultat vi kom frem til med oppgaven vår, var forskjellen i hvordan sykepleierne så på menns seksuelle problemer kontra kvinners utfordringer på området. Med andre ord kan kvinnehelse være et såkalt kunnskapshull oppgaven har avdekket, og som vi mener bør forskes videre på.

LITTERATURLISTE

Aars, H. (2021). Hva er seksuell helse? *Sykepleien* 2021(1), 26-31.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83165>

Abrahamsen, B. (2020). Færre menn enn kvinner fullfører kvinnedominerte profesjonsutdanninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 16(3), 241-254. Hentet fra

<https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2020-03-03>

Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Almås, E. (2020, 5.mai). Tabu (seksualitet). Hentet fra <https://sml.snl.no/tabu - seksualitet>

Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 156-178). Oslo: Cappelen Damm AS.

Andersen, J. (2017). "Mixed methods"-design i helseforskning. *Sykepleien*.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>

Bay-Hansen, J. (2014). Samtale om seksualitet. *Sygeplejersken / Danish Journal of Nursing*, 114(9), 77-85. Hentet fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2014-9/samtalen-om-seksualitet>

Bostad, T., Røyert, H. & Paulsen, M. (2020). Holdninger. Hentet fra

<https://ndla.no/subject:24/topic:1:183732/topic:b6562a48-8510-46b3-a0d2-b53dd9da349f/resource:1:25440?filters=urn:filter:777ae87e-ca79-4866-920a-115cfeb7bbe1>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 887-907). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Eriksen, S., Gjessing, R. & Sellevold, G. S. (2021, 13. mars). - Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/>
- Evcili, F., & Demirel, G. (2018). Patient's Sexual Health and Nursing: A Neglected Area. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1282–1288.
- Flovik, A. M. & Rokseth, T. (2015). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 271-296). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Fosshagen, K. (2017, 21.november). Tabu. Hentet fra <https://snl.no/tabu>
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteratüversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3.utg., s. 141-169). Polen: Författarna och studentlitteratur.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bind 2, s. 373- 407). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Graugaard, C., Pedersen, B. K., & Frisch, M. (2012). Seksualitet og sunhed. Hentet fra http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraad_seksualitet-sundhed_2015.pdf
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 861-886). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det! : Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

International Planned Parenthood Federation (2008, oktober). Sexual rights: an IPPF declaration. Hentet fra https://www.ippf.org/sites/default/files/sexualrightsippfdeclaration_1.pdf

Internkontrollforskriften for helse- og sosialtjenesten. (2002). Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (LOV-2002-12-20-1731). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2002-12-20-1731>

Kim, H. S. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn - det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 142-155). Oslo: Cappelen Damm AS.

Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H., & Kjellsdotter, A. (2017). Sexual health in primary health care - a qualitative study of nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(11-12), 1545-1554. <https://doi.org/10.1111/jocn.13454>

Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 29-87). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 140-191). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 297-338). Oslo: Cappelen Damm AS.

Molven, O. (2015). Helsepersonells rettigheter og plikter. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 339-359). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 23(3–4), 531–540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>
- Sigaard, L. (2003). *Seksualitet: en omsorgsdimensjon*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Traumer, L., Jacobsen, M. H., & Laursen, B. S. (2019). Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 57–66. <https://doi.org/10.1111/scs.12600>
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS. Oversatt til norsk ved Kari Marie Thorbjørnsen.
- Vevatne, K. (2020). *Ledelse for sykepleiere: Likeverd i relasjoner* (1.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization (2006). *Sexual and Reproductive Health and Research (SRH), including the Human Reproduction Programme (HRPP)*. Hentet fra <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3.utg., ss. 59-82). Polen: Författarna och studentlitteratur.

VEDLEGG

Vedleggl 1	
Tittel:	Patient's Sexual Health and Nursing: A Neglected Area
Tidsskrift/årstall:	International Journal of Caring Sciences/2018
Forfatter(e):	Funda Evcili og Gulbahtiyar Demirel
Perspektiv:	Sykepleieperspektiv
Problem:	Seksualitet er noe som angår alle, og seksualitet kan påvirkes negativt av mange ulike faktorer; sykdom, behandlinger, mental/fysisk helsetilstand. Til tross for dette er det et stort antall sykepleiere den dag i dag som ikke evaluerer pasientens seksuelle helse, grunnet en rekke faktorer.
Hensikt:	Kartlegge hindringer sykepleiere opplever under evaluering av pasientens seksuelle helse.
Metode:	Deskriptiv studie med kvantitativ metode. Gjennomført på et Tyrkisk universitetssykehus. 188 sykepleiere deltok ved hjelp av et spørreskjema.
Resultater:	<p>Undersøkelsens resultat viser at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64.9 % av sykepleierne hadde adekvat kunnskap om seksualitet • 83.3 % av sykepleierne førte opp "mangel på kunnskap" som en av de viktigste hindringene for vurdering av pasientens seksualitet • 13.8% av sykepleierne var klar over at det fantes ulike modeller, hvor den mest kjente modellen var PLISSIT (88,4%) <ul style="list-style-type: none"> ○ 94 % svarte at tabu var det viktigste hinderet • 87.3 % oppga mangel på tid som et hinder for å kunne evaluere pasientens seksualitet • 68 % oppga utilstrekkelige kliniske føringer som en hindring for sykepleieren til å evaluere pasientens seksuelle helse • 80.6 % aksepterte ikke seksualitet som en prioritet i pasientpleien • 86.6 % svarte at skamfølelse var en faktor som kunne påvirke samtale om seksualitet med pasienter

Konklusjon:	Det er sykepleierens ansvar å styrke pasientens seksuelle helse og oppmuntre de til å snakke om seksualitet. For å kunne evaluere pasientens seksualitet er det nødvendig for sykepleieren å ha kunnskap og ferdigheter om emne. Kunnskapen kan nås gjennom at sykepleiere deltar på aktuelle kurs gjennom utdanningen og det oppfordres til å bruke de ulike modellene som hjelpemiddel.
--------------------	---

Vedlegg 2	
Tittel:	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears
Tidsskrift/årstall:	Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)/2014
Forfatter(e):	Nina Saunamäki og Maria Engström
Perspektiv:	Sykepleieperspektiv
Problem:	Mange sykdommer og behandlinger kan ha en negativ innvirkning på seksuell helse. Til tross for dette uteblir ofte samtalen om seksuelle problemer mellom sykepleier og pasient.
Hensikt:	Beskrive sykepleieres refleksjon rundt å diskutere seksualitet med pasienter.
Metode:	Deskriptivt design og en kvalitativ tilnærming ble brukt for å innhente data. De intervjuet i 2010, ti registrerte sykepleiere fra tre ulike sykehus i Sverige.
Resultater:	<p>I studiet går disse faktorene igjen for hvorfor sykepleiere ikke diskuterte seksuelle problemer med pasientene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på tid • Mangel på støtte fra avdelingen • Mangel på et “privat sted” hvor en kan ta opp seksuelle problemer med pasienten • Ubehag • Fordommer • Ansvarsfraskrivelse • Mangel på kunnskap
Konklusjon:	Pasienters seksualitet er fortsatt preget av tabu, men det finnes faktorer som kan være med på å skape mer åpenhet rundt diskusjonen om seksualitet. Sykepleiere jobber nært pasienten, og har derfor en viktig rolle for å kunne oppdage helseproblemer hos pasienten. Denne studien antyder at når sykepleiere bruker sin kunnskap, går ut av komfortsonen og åpner for samtale om seksualitet, kan de identifisere pasienters seksuelle problemer.

Vedlegg 3	
Tittel:	Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study
Tidsskrift/årstall:	Scandinavian Journal of Caring Sciences/2019
Forfatter(e):	Line Traumer, Michael Hviid Jacobsen og Birgitte Schantz Laursen
Perspektiv:	Pasientperspektiv
Problem:	Seksuell dysfunksjon er svært vanlig hos pasienter med en kreftdiagnose eller kronisk sykdom. Til tross for dette viser studier at seksualitet er et tabubelagt tema i helsevesenet, og helsepersonell og pasienter åpner sjeldent opp for samtale om dette emne.
Hensikt:	Forstå hvordan pasienter med kronisk sykdom eller kreft opplever seksualitet som et tabubelagt tema i det danske helsevesenet.
Metode:	Kvalitativ analyse og intervjuer. Deltagere: ti kvinner fra Danmark, med en kreftdiagnose eller kronisk sykdom som har opplevd seksuell dysfunksjon
Resultater:	Potensielle barrierer som kan påvirke pasienters tendens til å snakke med helsepersonell om deres seksualitet: <ul style="list-style-type: none"> • Tid • Kjønn • Mangel på kunnskap • Holdninger • Ubehag • Forholdet mellom pasient og sykepleier <p>Noen pasienter er nølende til å diskutere deres seksuelle helse med helsepersonell, mens andre ikke er det.</p>
Konklusjon:	Resultatet av denne studien fremhever viktigheten av å innlede til samtale om seksualitet i helsevesenet, spesielt hos pasienter med kreftdiagnose eller kronisk sykdom. Ved å innlede til samtale om seksualitet forebygger en toveis tabuet, og kan forhindre redusert livskvalitet hos pasienten under sykdom, behandling og rehabilitering.

Vedlegg 4	
Tittel:	Sexual health in primary health care - a qualitative study of nurses' experiences
Tidsskrift/årstall:	Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)/2017
Forfatter(e):	Kicki Klaeson, Lina Hovlin, Hanna Guvå og Anna Kjellsdotter
Perspektiv:	Sykepleieperspektiv
Problem:	Det å unngå å snakke om seksualitet har dannet en barriere mellom pasient og sykepleiere, og forhindrer da sykepleierne i å gi pasientene tilfredsstillende helsehjelp.
Hensikt:	Belyse erfaringer og muligheter sykepleiere har til å diskutere seksuell helse med pasienter i primærhelsetjenesten.
Metode:	Kvalitativ metode.
Resultater:	<ul style="list-style-type: none"> • Ubehag • Relasjon • Systemet <ul style="list-style-type: none"> ○ Manglende utdanning og opplæring • Mangel på tid • Fordommer <ul style="list-style-type: none"> ○ Sosiale normer i samfunnet var en hindring for at helsepersonellet følte seg komfortabel og opptre profesjonelt • Om sykepleierne tok opp temaet seksuell helse eller ikke var avhengig av deres egne personlige holdninger og kunnskap • Sykepleiere i studiet synes det var lettere å ta opp seksuell helse med middelaldrende menn med diabetes <ul style="list-style-type: none"> ○ Det viser seg at det var lettere å snakke med mannlige pasienter
Konklusjon:	Nødvendig med ytterligere utdanning og kunnskap om seksuell helse hos sykepleiere i primærhelsetjenesten. Helsevesenet må reformeres for å kunne sette fokus på seksuell helse.